

Эндоскопическое извлечение инородного тела проводится у детей под общей анестезией, может быть выполнено отсроченно после контрольного рентгенологического обследования.

3. Элементы питания небольших размеров (батарейки-«таблетки») вызывают поверхностное воспаление на ограниченном участке

слизистой желудка и могут быть извлечены в отсроченном порядке, после выполнения контрольной рентгенографии.

4. Множественные магнитные инородные тела подлежат госпитализации и удалению с помощью ФГС в первые сутки от момента поступления.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Богомазов С. В. Инородные тела желудочно-кишечного тракта: автореф. дис. канд. мед. наук/С. В. Богомазов. — Владивосток, 1998. — 18 с.
2. Бурков С. Г. Ультразвуковая диагностика фитобezoаров желудка. Клиническое наблюдение/С. Г. Бурков, А. Г. Арутюнов, Л. А. Атабекова // Мед. журнал «SonoAce-International». 2002. — № 10. — С. 41-43.
3. Ковальчук Е. С. Множественные инородные тела желудочно-кишечного тракта у девочки 14 лет/Е. С. Ковальчук, Е. Э. Ланцова, В. Г. Ничик, С. С. Волков // Детская хирургия, 2004, № 6. — С. 55.
4. Назаров В. Е. Эндоскопия пищеварительного тракта/В. Е. Назаров [и др.]. М.: Триада-Фарм, 2002. — 176 с.
5. Сторожук В. Т. Инородные тела желудочно-кишечного тракта/В. Т. Сторожук, О. В. Ермолаев // Хирургия, 1999, № 7. — С. 27-29.
6. Цесмели Н. Эндоскопическое удаление инородных тел из верхних отделов желудочно-кишечного тракта/Н. Цесмели, Х. Савопулос, Р. Цатидис, [и др.] РЖГГК, 2006, № 5. — С. 65-67.

И. П. Огарков, Н. А. Цап, В. И. Чукреев, С. Ю. Комарова, М. М. Виниченко

ЭНДОХИРУРГИЯ В СТРАТЕГИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ

*Уральский государственный медицинский университет
Детская городская клиническая больница № 9
г. Екатеринбург*

Аннотация

Представлен опыт лечения пациентов с патологией дивертикула Меккеля в условиях многопрофильного стационара за 10 лет с применением различных стратегических подходов.

Ключевые слова: дети, дивертикул Меккеля.

Актуальность проблемы рассмотрения патологии, связанной с дивертикулом Меккеля, определяется рядом значимых особенностей:

- дивертикул Меккеля — это наиболее частая аномалия желудочно-кишечного тракта (составляет до 2% в популяции);
- эпителий 30% дивертикулов относят к эпителию железистого типа;
- отсутствуют патогномоничные симптомы при возникновении осложнений;
- из всех выявленных и подтвержденных осложнений в 20% случаев — диверти-

кулит, непроходимость — у 25%, изъязвление — 40%.

В западной медицине существует «правило двух»:

- два дюйма длиной;
- два фута от илеоцекального угла;
- два процента в популяции;
- чаще проявляется в два года жизни;
- проявляется в два раза чаще у мужчин.

Патология дивертикула Меккеля проявляется следующими нозологическими формами: дивертикулит, пептическая язва (крово-

течение), странгуляционная непроходимость (заворот кишечника), инвагинация кишечника.

С 2005 по 2014 год на базе ДГКБ №9 пролечено 38 пациентов с патологией дивертикула Меккеля. Удельный вес мальчиков составил 68,4% (26 детей), девочек — 31,6% (12 детей).

Из всех детей с острой абдоминальной патологией госпитализированных в ДГКБ №9 (8174) больные с патологией дивертикула Меккеля составили 0,46% (38 пациентов).

Среди всех больных с дивертикулумом Меккеля 50% составили больные с непроходимостью кишечника: странгуляционная непроходимость кишечника — 13 пациентов (34%), инвагинация кишечника — 6 (16%), с дивертикулитом — 11 больных (29%), с кровотечением из пептической язвы дивертикула Меккеля — 8 пациентов (21%).

У 24 пациентов (63%) случаев операции проводились лапароскопическим методом, у 10 (27%) произведена лапаротомия, у 2 (5%) — лапароскопия с конверсией доступа, и у 2 (5%) — лапароскопически дополненная дивертикулэктомия.

При анализе группы пациентов с непроходимостью кишечника странгуляционная непроходимость выявлена у 13 пациентов.

Применены оперативные методики: лапароскопическая — 8 (62%), лапароскопия в сочетании с конверсией — 1 (7%), лапаротомия — 4 (31%).

У 6 пациентов с инвагинацией кишечника лапароскопия выполнена у 2 пациентов (33%), лапаротомия — у 4 (67%).

Резекция дивертикула Меккеля лапароскопически выполнялась при узком основании до 1 см с наложением петли Редера, при широком основании резекция дивертикула — с применением аппарата Endo-Gia-30.

Гистологическое исследование дивертикула Меккеля выявило эктопированную ткань желудка и поджелудочной железы в 92% слу-

чаев при кровотечении из дивертикула, 16% случаев — при дивертикулите, и в 21% случаев — при непроходимости, вызванной дивертикулумом.

При выявлении дивертикула Меккеля как сопутствующей патологии или случайной находки выполнялась дивертикулэктомия.

На современном этапе развития детской хирургии не вызывают сомнений преимущества лапароскопической дивертикулэктомии перед традиционной методикой оперативного лечения, а именно:

- минимальная травматичность;
- раннее восстановление функций кишечника;
- энтеральное питание спустя сутки после оперативного лечения (стол 1а);
- уменьшение сроков стационарного лечения (7-9 суток);
- меньшее количество осложнений;
- косметический эффект.

Выводы:

1. Эндохирургия в стратегии диагностики и лечения дивертикула Меккеля занимает ведущие позиции на современном этапе развития детской хирургии.

2. С дифференциально-диагностической целью при невозможности установления источника кровотечения показано проведение диагностической лапароскопии, эффективность которой при подозрении на наличие дивертикула Меккеля достигает 100%.

3. В 63% при патологии дивертикула Меккеля выполнена лапароскопическая дивертикулэктомия.

4. Современные оперативные технологии при обнаружении дивертикула Меккеля предусматривают его лапароскопическое удаление, при невозможности проведения последнего резекция дивертикула возможна через мини-лапаротомный доступ.

ЛИТЕРАТУРА:

1. А. Ф. Дронов, И. В. Поддубный, В. И. Котлобовский. «Эндоскопическая хирургия у детей», Москва, 2002.
2. Феликс Шир. «Лапароскопия у детей», г. Архангельск, 2008.
3. Атлас детской оперативной хирургии под ред. П. Пури, Москва, 2009.

Е. А. Орлова, О. А. Львова, В. В. Гусев, К. И. Черешнев, И. В. Гаврилов,
М. Ю. Лукашук, И. И. Астриухина, О. И. Кензина, Е. И. Кузнецов

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРАНЗИТОРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ АТАК, ДЕБЮТИРУЮЩИХ В ДЕТСКОМ И МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

*Уральский государственный медицинский университет
Детская городская клиническая больница № 9
Центральная городская клиническая больница № 23
г. Екатеринбург*

Аннотация

В статье обобщены сведения о структуре дебюта, перинатальном и семейном анамнезе, данные лабораторных методов обследования 52 пациентов, у которых была диагностирована транзиторная ишемическая атака в возрасте 0-18 лет. Показан подростковый возраст как наиболее частый для дебюта ТИА. Головная боль, двигательные и чувствительные нарушения зарегистрированы у большинства детей, однако распознаваемость заболевания и обращаемость за помощью в неотложном порядке была низкой. Прокоагулянтная настроенность в системе свертывания крови выступила в качестве наиболее вероятного этиопатогенетического фактора в этом возрастном периоде, однако верификация ее произошла только после факта ТИА.

Ключевые слова: транзиторная ишемическая атака, дети, молодой возраст.

Актуальность изучения транзиторных ишемических атак (ТИА) обусловлена низкой настороженностью и малой информированностью врачей в отношении причин, клиники и профилактики ТИА в детском и молодом возрасте. Частота регистрации ТИА в этом возрасте неизвестна, а верификация их остается сложной задачей как в рамках оказания неотложной помощи, так и на амбулаторном этапе. В то же время ТИА — признанный фактор риска ишемических инсультов во всех возрастных периодах, ее своевременное распознавание и адекватная профилактика становится существенной мерой по снижению заболеваемости ОНМК [3].

Нами проведен анализ сведений из медицинской документации 52-х детей, находившихся на стационарном или амбулаторном лечении в связи с диагностированной ТИА. Ведущими критериями включения пациентов в исследование стали: возраст от 0 до 18 лет; подтвержденный по клиническим данным, результатам компьютерной и/или магнитно-резонансной томографии головного мозга, люмбальной пункции диагноз ТИА; информированное согласие родителей или их законных представителей.

Проведен сбор клинических и лабораторных сведений из анамнезов жизни, семьи и болезни согласно существующим клиническим рекомендациям [1]. Пациенты и их родители проанкетированы с использованием анкеты протокола Всероссийского регистра «Генетические факторы риска тромбоза у жителей, проживающих на территории РФ, клиническое фенотипирование и тромбопрофилактика тромбоэмболических осложнений в онтогенезе» [2].

Статистическую обработку материала выполняли с использованием стандартного пакета программ прикладного статистического анализа STATISTICA for Windows, версия 6.0, 7.0, и Microsoft Excel. Данные анализировали с использованием стандартных методов описательной и аналитической статистики. Принятый уровень достоверности отрицания «нулевой» гипотезы составлял не менее 95%. Различия считали статистически значимыми при достижении уровня $p < 0,05$ и менее для всех видов анализа.

Распределение по полу показали сопоставимые значения: 51,92% ($n=27$) и 48,08% ($n=25$) для мальчиков и девочек соответственно. Возраст детей на момент первого эпи-